Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

29 509 Palliatieve zorg

Nr. 63

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG
Vastgesteld 25 augustus 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 2 juni 2016 over het ontwerpbesluit houdende de wijziging van de Regeling palliatieve terminale zorg in verband met de verlenging van de werkingsduur en actualisering (Kamerstuk 29 509, nr. 62).

De vragen en opmerkingen zijn op 4 juli 2016 aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 24 augustus 2016 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

kst-29509-63
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2016

VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie stellen vast dat een groot deel van de in januari geconstateerde problemen is opgelost. Deze leden willen echter voorkomen dat deze problemen opnieuw ontstaan. Zij vragen de Staatssecretaris daarom of er nu een volledig beeld is aan welke voorziening het meeste behoefte is, en of hier voldoende aanbod tegenover staat. Daarnaast vragen zij of de structuur dusdanig is ingericht dat, in het geval dat er tijdelijk op een bepaalde plek sprake is van onvoldoende aanbod, iemand alsnog op een plek kan overlijden waar hij/zij dat wil. Met andere woorden: sluit de huidige praktijk voldoende aan bij de zorgbehoefte?
De in januari geconstateerde problemen betroffen onder andere de financiering van palliatieve zorg in hospices. Door instelling van een praktijkteam en inzet van verzekeraars is goed inzicht in de financiering van hospices ontstaan. Door uitbreiding van de Regeling palliatieve terminale zorg is bovendien gezorgd voor meer financiële armslag in hospices. Ook is duidelijk gecommuniceerd dat we het belangrijk vinden dat mensen kunnen overlijden op de plek van hun voorkeur en dat partijen het kunnen melden als men daarbij tegen financiële of andere obstakels oploopt. In de huidige praktijk zijn verder diverse oplossingen, zoals bellijsten, in gebruik voor als een hospice even geen plaats heeft, zodat snel een volwaardig alternatief kan worden geboden.

Er zullen praktische obstakels blijven en verbeteringen blijven mogelijk (bijvoorbeeld minder administratieve rompslomp, betere registratie van palliatieve cliënten en een meer evenwichtige spreiding van hospicevoorzieningen). Daartoe wordt evenwel gestructureerd de vinger aan de pols gehouden en volop aan praktische oplossingen gewerkt.

De leden van de VVD-fractie stellen vast dat besloten is het tarief voor de high care hospices te bepalen op 70% van het tarief van de bijna-thuis huizen. Op basis van een nadere evaluatie naar de omvang en aard van de inzet van vrijwilligers zal worden nagegaan of er aanleiding is dit percentage in de toekomst aan te passen. Deze leden vragen de Staatssecretaris wanneer deze nadere evaluatie zal plaatsvinden. Wordt de evaluatie uitgevoerd ter voorbereiding op een nieuwe bekostigingssystematiek per 1 januari 2022, of wordt een jaarlijkse evaluatie uitgevoerd, zodat ook ingespeeld kan worden op de ontwikkelingen op het gebied van vraag en aanbod?
Deze nadere evaluatie zal in 2017 plaatsvinden. De evaluatie is vooral bedoeld om meer zicht te krijgen op het verschil van inzet van vrijwilligers tussen high care hospices en bijna-thuis huizen en om daarmee de (wenselijkheid en/of mate van) verschillende tarieven voor deze twee groepen hospice te onderbouwen. Tijdens de voorbesprekingen met vertegenwoordigers van beide groepen hospices kwam naar voren dat high care hospices ook van vrijwillige inzet gebruik maken en mogelijke verschillen kleiner zijn geworden. Het is niet de bedoeling om deze evaluatie ieder jaar te herhalen, omdat de verschuiving in inzet van vrijwilligers in verschillende settings maar geleidelijk verandert. Het is ook niet de intentie dat deze evaluatie enkel wordt gebruikt voor een nieuwe bekostigingssystematiek in 2022.

Stichting Fibula is voornemens een denktank in te stellen om een toekomstvisie uit te werken op de netwerken palliatieve zorg, en een daarbij passende regeling. De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre VPTZ Nederland en de Associatie Hospicezorg Nederland ook betrokken zijn bij het vormgeven van deze visie. Ook vragen zij in hoeverre de ervaringen van patiënten en hun naasten worden meegenomen. Kan de Staatssecretaris aangeven wanneer hij de eerste resul-

taten van deze visie verwacht? Is het mogelijk de Kamer hierover te informeren, evenals over de voortgang van het project?
De denktank is nog niet ingesteld. Stichting Fibula geeft aan dat het hun voornemen is dat alle partijen die van belang zijn voor de toekomstvisie zullen worden betrokken dan wel geraadpleegd. Dat geldt ook voor patiënten en naasten. Ik verwacht deze resultaten nog niet in 2017. Ik zal u hierover blijven informeren.

PvdA-fractie

Kan de Staatssecretaris nogmaals nadrukkelijk bevestigen dat de wens van de leden van de fractie van de PvdA dat mensen overal kunnen overlijden en dat palliatieve zorg snel en soepel wordt geregeld werkelijkheid is en blijft? Mocht het regelen van de juiste en gewenste palliatieve terminale zorg toch problemen geven voor de patiënten en hun naasten, wie is dan eerste aanspreekpunt en wie dient de verantwoordelijkheid te nemen om snel tot een oplossing te komen?
Ja, ik deel deze wens met u en blijf daar hard aan werken. In de brief die ik u heb toegezegd in het AO palliatieve zorg van 28 januari jl., en die ik u na het reces toestuur,zal ik dieper ingaan op de aanpak. Los van de reguliere verantwoordelijkheden van verstrekkers en aanbieders, is het praktijkteam palliatieve aanspreekpunt voor die gevallen waar het nog niet soepel genoeg loopt en verstrekkers en/of zorgaanbieders er zelf niet uitkomen.

De leden van de fractie van de PvdA lezen dat het totale beschikbare bedrag voor de vrijwillige palliatieve terminale zorg jaarlijks met 3% wordt verhoogd. Zij vragen of met deze verhoging de hospices en bijna-thuis huizen een goede garantie hebben op een redelijke en voldoende ondersteuning in de huisvestings-, coördinatie- en exploitatiekosten.
Ja. Naast de 3% jaarlijkse verhoging heb ik ook een verhoging van 2 miljoen euro per jaar vanaf 2017 mogelijk gemaakt om een inhaalslag te kunnen maken voor de periode 2014–2016 en het vergroten van het bereik van de regeling. Overigens kunnen alleen de kleine Wtzi toegelaten hospices die geen deel uitmaken van een grotere organisatie aanspraak gaan maken op de regeling. De overige Wtzi toegelaten hospices (binnen verpleeghuizen of op een aparte locatie) kunnen niet zelf subsidie aanvragen, maar wel via VPTZ-organisaties vrijwilligers inschakelen.

Kan de Staatssecretaris onderbouwen waarom hij een jaarlijkse stijging van 3% voldoende acht? Hoe verhoudt deze groei zich tot het aantal sterfgevallen en betrokken vrijwilligers in deze setting? Wat doet de Staatssecretaris als de jaarlijkse verhoging te laag blijkt?
De komende periode zal het aantal sterfgevallen naar verwachting met 1,5% per jaar groeien en is het streven dat jaarlijks 1,5% meer vrijwilligers aan de slag gaan bij mensen die in hun laatste levensfase verkeren. Als de jaarlijkse verhoging te laag blijkt te zijn, dan kan over enkele jaren alsnog besloten worden tot een tussentijdse ophoging van de regeling.

Tot slot maken genoemde leden zich nog wel lichte zorgen over terminale kinderpatiënten waarvan, bijvoorbeeld door het onvoorspelbare verloop van hun ziekte, de behandelende instelling na een jaar de aanspraak verliest op de Regeling, waardoor de continuïteit van terminale zorg mogelijk onder druk komt te staan. Hoe gaat de Staatssecretaris dergelijke situaties voorkomen? Kan hij garanderen dat in die gevallen de termijn van één jaar geen expliciete norm is, maar naar omstandigheden kan worden opgerekt, zodat de kwaliteit en continuïteit van terminale zorg gewaarborgd is?
De termijn van een jaar (voor jongeren) en drie maanden (voor volwassen cliënten) is alleen genoemd in de regeling opdat instellingen een handvat hebben om zelf vooraf te kunnen bepalen of het cliënten in de palliatieve

terminale fase betreft (en dus mogen worden meegerekend voor de regeling). Natuurlijk kan dat in de praktijk anders uitpakken. Als deze cliënten door omstandigheden langer leven, wordt hier in de uitvoering van de regeling rekening mee gehouden. In beginsel wordt op het aanvraagformulier bij het opgeven van cliënten (uit voorgaande jaren) namelijk niet gevraagd naar de duur van de opname. Het is alleen uitdrukkelijk niet de bedoeling dat mensen met een chronische ziekte of mensen die voor respijtzorg worden opgenomen meetellen voor deze regeling.

SP-fractie

De leden van de SP-fractie ontvangen graag een nadere onderbouwing van de keuze om het budget met dit bedrag te verhogen. Is de verwachting dat dit extra budget de stijging van het aantal sterfgevallen en het aantal vrijwilligers volledig compenseert?
Het bedrag van bijna 2 miljoen is gebaseerd op 4 jaar lang 3% stijging van het totaalbudget voor de vrijwillige palliatieve terminale zorg (dus 15,5 miljoen * 1,03 *1,03 * 1,03 * 1,03 = 17,45 – 15,5 miljoen). Dit bedrag volstaat om de daling van de tarieven van de afgelopen jaren te compenseren. De toekomstige reguliere stijging met 3% zal daarom naar verwachting volstaan. De komende periode zal het aantal sterfgevallen naar verwachting met 1,5% per jaar groeien en is het streven dat jaarlijks 1,5% meer vrijwilligers aan de slag gaan bij mensen die in hun laatste levensfase verkeren.

Er komt in totaal twee miljoen euro per jaar bij voor de regeling. De regeling bestaat uit verschillende onderdelen, met name coördinatie, exploitatie en huisvesting. Kan helder worden aangegeven voor welke van deze onderdelen het extra budget precies is bedoeld?
Nee. De kostenopbouw en inkomstenbronnen verschillen per hospice. Daarom heb ik er ook voor gekozen om de huisvestings- en exploitatiecomponent ineen te schuiven. De bijdrage is in ieder geval voldoende om de coördinatie van de vrijwillige inzet te financieren (met een onderscheid tussen betaalde en onbetaalde coördinatie) en biedt hospices daarenboven extra ruimte als tegemoetkoming in de overige kosten rond de vrijwillige inzet (waaronder opleidingskosten, maar ook indirecte kosten van het hospice).

De leden van de SP-fractie begrijpen dat er de komende tijd nog meer wijzigingen van de Regeling palliatieve terminale zorg zullen worden doorgevoerd, aansluitend op de wijzigingen die nu voorliggen. Graag ontvangen zij een uitputtend overzicht van de onderwerpen waarop nog besluiten moeten worden genomen/in de planning staan aangaande de regeling. De leden van de SP-fractie vragen daarbij echter wel waarom er niet voor is gekozen om alle wijzigingen tegelijkertijd in het ontwerpbesluit mee te nemen en zodoende in één keer te regelen.
Het is niet de bedoeling dat de Regeling de komende jaren nog ingrijpend wordt aangepast. Hoogstens kan, zo nodig, worden gekozen voor aanpassingen in de hoogte en verdeling van tarieven (bijvoorbeeld voor high care hospice). De Regeling moet de komende 5 jaar voldoende zekerheid bieden voor hospices en netwerken.

Voor de palliatieve zorg worden maximale termijnen gehanteerd voor kinderen van maximaal een jaar en voor volwassenen/ouderen maximaal 13 weken. De leden van de SP-fractie vinden het positief dat in ieder geval voor kinderen een langere termijn dan 13 weken wordt aangehouden, maar vragen vervolgens wel wat er gebeurt bij een overschrijding van het maximaal aantal weken bij zowel kinderen als volwassenen. Hoe strikt wordt er aan de dertien weken/een jaar termijn vastgehouden? Volgens de

leden van de SP-fractie mag het niet zo zijn dat iemand «gestraft» wordt omdat hij of zij niet op tijd overlijdt. Wat is de reactie van de Staatssecretaris hierop? Waarom wordt voor een cliënt die in een jaar meerdere malen palliatieve terminale zorg heeft ontvangen (en dus nodig had) slechts eenmaal een bedrag vergoed? Begrijpen deze leden het goed, blijkens de toelichting, dat hiervoor enkel is gekozen omdat dit de duidelijkheid verhoogt? Is het niet wrang dat een persoon die niet (op tijd) sterft, en daardoor meerdere malen palliatieve terminale zorg moet ontvangen, maar één keer wordt meegeteld? En is het niet wrang dat iemand die ernstig ziek is maar niet binnen dertien weken overlijdt weer moet «verhuizen»? Is dit in het belang van de zieke persoon? Gelet op de heftige periode is het toch van groot belang dat mensen de plek kunnen kiezen waar zij willen sterven? De leden van de SP-fractie ontvangen hierop graag een uitgebreide reactie.

De termijn van een jaar (voor jongeren) en drie maanden (voor volwassen cliënten) is alleen genoemd in de regeling opdat instellingen een handvat hebben om zelf vooraf te kunnen bepalen of het cliënten in de palliatieve terminale fase betreft (en dus mogen worden meegerekend voor de regeling). Natuurlijk kan dat in de praktijk anders uitpakken. Als deze cliënten door omstandigheden langer leven, wordt hier in de uitvoering van de regeling rekening mee gehouden. In beginsel wordt op het aanvraagformulier bij het opgeven van cliënten (uit voorgaande jaren) namelijk niet gevraagd naar de duur van de opname. Het is alleen uitdrukkelijk niet de bedoeling dat mensen met een chronische ziekte of mensen die voor respijtzorg worden opgenomen, meetellen voor deze regeling.

Het klopt dat mensen die meerdere keren in een jaar worden opgenomen slechts een keer meetellen. Met «duidelijkheid» wordt hier bedoeld dat dit in de oude regeling ook de bedoeling was, maar niet expliciet was vermeld. Het komt namelijk voor, dat mensen (en juist ook jongeren) in het laatste jaar periodiek worden opgenomen ter ontlasting van het thuisfront (een soort palliatieve respijtzorg). Een subsidie per opname zou dan tot een onevenredig hoge subsidie leiden.

In de huidige systematiek krijgt men dezelfde subsidie bij een lange opname en bij een opname van bijvoorbeeld 2 dagen. Dat middelt zich dan over het totale cliëntenbestand uit. Bijkomend voordeel is dat deze opzet leidt tot minder administratieve lasten bij de subsidieaanvraag. Voor de professionele zorg (bijvoorbeeld via de thuiszorgorganisatie) wordt natuurlijk wel steeds de zorg geleverd en per verblijfsduur gefinancierd, ook bij meerdere opnames.

Wtzi-toegelaten instellingen zijn uitgesloten van de regeling, met uitzondering van twee Wtzi-toegelaten hospices. De onderbouwing van de uitsluiting klinkt logisch maar roept bij de leden van de SP-fractie wel de vraag op of dit dan ook de enige twee van dergelijke hospices in Nederland zijn.

Ja, voorzover mij bekend zijn dit de enige twee hospices die een Wtzi-toelating hebben en geen deel uitmaken van een grote organisatie. Deze twee hospices houden zich ook uitsluitend bezig met palliatieve zorg. De uitzonderlijke positionering is een gevolg van een in het verleden gemaakte keuze om Wtzi-instelling te worden.

In de evaluatie gaven Wtzi-organisaties aan ook gebruik te willen maken van de regeling. Begrijpen deze leden het goed uit de brief van de Staatssecretaris dat zij deze kosten allen al via andere wegen (volledig) vergoed krijgen? Graag ontvangen zij een toelichting.

Ja, Wtzi-toegelaten organisaties (waaronder bijvoorbeeld verpleeghuizen) krijgen via de reguliere zorgfinanciering middelen voor het regelen van de palliatieve zorg, inclusief voor het regelen van het samenspel tussen formele en informele zorg. Hospices die deel uitmaken van een grotere

zorginstelling (en die de term hospice soms ook gebruiken voor een palliatieve unit of afdeling in een verpleeghuis) kunnen daarbij terugvallen op de faciliteiten van deze instelling. Ik vind het dan niet terecht dat deze instellingen de subsidie krijgen die bedoeld is voor de dekking van coördinatie en andere kosten van hospices die vooral draaien op vrijwillige inzet en geen deel uitmaken van een professionele zorgorganisatie.
Wel vind ik het belangrijk dat ook de hospices die deel uitmaken van een grotere zorginstelling gebruik kunnen maken van goed opgeleide vrijwilligers die vanuit de VPTZ-organisaties worden aangeboden en dat heb ik in de aangepaste regeling mogelijk gemaakt.

Waarom blijft het verschil in tarieven (al wordt dit wel kleiner) tussen high care hospices en bijna- thuis huizen in stand? Wat rechtvaardigt nou precies dit verschil?
Tot dit verschil is besloten bij het instellen van de regeling, nu ruim 10 jaar geleden. De aangevoerde reden destijds was dat high care hospices minder gebruik zouden maken van vrijwilligers en daar dan ook minder subsidie voor nodig zouden hebben. Omdat high care hospices nu ook vaak van vrijwillige inzet gebruik maken, hebben we het verschil in de tarieven teruggebracht.

Aangegeven wordt dat er nu voor één integraal tarief gekozen wordt waaruit de exploitatiecomponent en de huisvestingscomponent moeten worden betaald. Dit lijkt de leden van de SP-fractie inderdaad makkelijker omdat de kosten voor huisvesting per hospice verschillen. Wordt de verhouding tussen de besteding van het budget aan respectievelijk exploitatie en huisvesting in balans gehouden? Zo ja, hoe? Welke balans wordt wenselijk geacht?
De inkomstenkant van het budget van de meeste hospices bestaat uit de subsidie, giften en eigen bijdragen van cliënten (heel soms hebben hospices daarnaast afspraken met thuiszorgorganisaties en krijgen ze een kleine efficiencyvergoeding per cliënt of een vergoeding voor een eigen verpleegkundige). De uitgaven bestaan uit inderdaad onderling heel verschillende huisvestings- en exploitatiekosten. De balans tussen inkomsten en uitgaven verschilt en het kan zo zijn dat het hospice de subsidie op verschillende manieren inzet (aangevuld dus met andere inkomstenbronnen). Het is aan hospices zelf om te zorgen voor een sluitende begroting. Vandaar dat ik geen verdere eisen wil en kan stellen aan de financierings- en uitgavenstructuur van hospices. Voor de hoogte van het subsidietarief maakt de nieuwe systematiek overigens niet uit, omdat beide componenten bij elkaar worden opgeteld.

Welke wijzigingen worden er precies doorgevoerd als het gaat om de regio-indelingen, zo vragen de leden van de SP-fractie.
Deze wijzigingen zijn beperkt. Er zijn enkele kleine wijzigingen waarbij een deel van een postcode gebied in goed overleg overgaat van het ene naar het andere netwerk (dit speelt onder andere bij Rotterdam, Midden-Holland en Doesburg).

In het overzicht netwerken palliatieve zorg worden de subsidiebedragen per netwerk weergegeven. Het is opvallend dat voor een heel aantal netwerken het bedrag voor 2017 lager ligt dan voor 2016. Kunnen daar de verklaringen voor gegeven worden, of heeft dit enkel te maken met inwonersaantallen in de betreffende binnen het netwerk vallende gemeenten?
Nee, dit heeft te maken met de veranderde systematiek, waar netwerken eerst een vast bedrag (10.000 euro) ontvangen en vervolgens een bedrag per inwoneraantal. Dat is gedaan conform het advies in de evaluatie om de kleinere netwerken iets meer armslag te geven. Daarom moeten de

grotere netwerken iets inleveren. Daarnaast treden kleine verschuivingen op vanwege bovengenoemde aanpassingen, de aanpassing aan het inwoneraantal in 2015 en nieuwe postcodegebieden. Deze berekeningen worden thans uitgevoerd en zullen in de definitieve lijst nog tot kleine wijzigingen leiden.

Deze leden concluderen dat er een landelijk dekkend netwerk is, maar vragen of dit ook betekent dat er een landelijk dekkend aanbod van hospices is. Kan iedereen in Nederland, waar hij of zij ook woont, zonder ver te moeten reizen naar een hospice?
Het landelijk dekkend netwerk van palliatieve netwerken staat los van de spreiding van hospices over het land. Het netwerk palliatieve zorg heeft wel tot taak om mee te adviseren over de wenselijkheid van de oprichting van nieuwe hospices in de netwerkregio. Er zijn de laatste jaren veel nieuwe hospices bijgekomen, waardoor ook de spreiding over het land beter is geworden. In het algemeen hoeven mensen nu niet ver meer te reizen om terecht te kunnen in een hospice. Wel is er nog de nodige onduidelijkheid over spreiding van de verschillende soorten hospices over het land en wanneer welk type hospicezorg noodzakelijk is. De vertegenwoordigende organisaties zijn al bezig om hier het komende jaar meer duidelijkheid over te verschaffen. Ik zal dat waar nodig stimuleren.

Ook vragen de leden van de SP-fractie welke wijzigingen er precies doorgevoerd gaan worden met betrekking tot de mogelijkheden om samen te werken, en gezamenlijk voorstellen en activiteitenplannen in te dienen. Wat mag er bijvoorbeeld nu wel wat er eerst niet mocht?
De verschillen met de voorgaande feitelijke situatie zijn beperkt. Omdat ik heb gemerkt dat sommige netwerken graag meer duidelijkheid willen over de mogelijkheid om samen te werken, heb ik dit nog eens extra benadrukt. In de uitvoering van de regeling zal soepel worden omgegaan met bijvoorbeeld gezamenlijke subsidie-indieningen. Waar sprake is van gezamenlijke activiteiten, zal dat vermeld worden in de individuele aanvragen.

In de evaluatie van de regeling werden verschillende verbeterpunten benoemd door de respondenten als het gaat om de wijze waarop zij in aanmerking komen voor subsidie, zo constateren de leden van de SP-fractie. Zij constateren daarbij ook dat een aantal van de door de onderzoekers voorgestelde verbeterpunten niet lijken te zijn meegenomen in de wijzigingen zoals die nu voorliggen. Deze leden ontvangen graag een toelichting waarom de volgende punten niet zijn meegenomen in de voorliggende wijziging; het feit dat:
- *de aanvraag geen rekening houdt met nieuwe ontwikkelingen, en daaraan gerelateerd het feit dat de aanvraag wordt gedaan voor het opvolgende jaar en er veranderingen kunnen plaatsvinden in het activiteitenplan;*
- *de subsidie slechts voor een jaar blijft gelden, waardoor het borgen van continuïteit van projecten en activiteiten lastig is, terwijl een meerjarensubsidie, zo komt naar voor in de evaluatie, de voorkeur heeft. Waarom is hier niet voor gekozen?*

Het eerste punt rond de flexibiliteit ten aanzien van activiteitenplannen betreft de netwerken. Omdat ik heb gekozen voor een eenvoudiger arrangement (systeem van subsidievaststelling zonder voorafgaande verlening) betekent dit naast een aanzienlijke vermindering van de administratieve lasten voor de netwerken ook dat er meer flexibiliteit mogelijk is voor bijvoorbeeld wijzigingen in het activiteitenplan.
Wat betreft het tweede punt is bewust niet gekozen voor een meerjarensubsidie, omdat de praktijk leert dat er nogal eens hospices, vptz-organisaties (en ook wel netwerken) van structuur of formele aanvrager veranderen of – bij hospices – dat cliëntenaantallen over de

jaren heen verschillen. Dat zou betekenen dat grotere bedragen moeten worden teruggevorderd en/of een onjuist subsidiebedrag wordt verstrekt.

CDA-fractie

In de brief wordt vermeld dat vrijwilligers ook op andere plaatsen waar mensen overlijden kunnen worden ingezet. Hoe ziet de Staatssecretaris dat voor zich? Bedoelt de Staatssecretaris hiermee eigenlijk hospicezorg in de thuissituatie, en hoe wordt dit georganiseerd?
De regeling is bedoeld voor de inzet van vrijwillige palliatief terminale zorg. In hospices en bijna-thuis huizen krijgt dit de vorm van zorg en verblijf die mogelijk wordt gemaakt door inzet van veel vrijwilligers en die wordt aangevuld met de nodige professionele thuiszorg. In de thuissituatie en verpleeghuizen gaat het om aanvullende inzet van in de palliatieve benadering geschoolde vrijwilligers die mensen bijstaan in de laatste levensfase. Dit wordt georganiseerd door VPTZ-organisaties die zorgen voor opleiding en coördinatie van de betreffende vrijwilligers.

Er zijn 66 netwerken in Nederland, waarin aanbieders van palliatieve zorg zich verenigd hebben. De leden van de CDA Tweede Kamerfractie erkennen het goede werk van deze netwerken, maar vragen of 66 netwerken veel is, en of dit regionaal werkbaar is. Zo ja, hoe ziet de Staatssecretaris dit voor zich?
In het verleden is gekozen voor ongeveer 66 netwerken. Het is de bedoeling dat alle organisaties in een regio die actief zijn op het gebied van palliatieve zorg met elkaar samenwerken, gezamenlijk verbeteringen invoeren en waar dat kan de zorg afstemmen. In de praktijk blijkt dat tot dusver goed werkbaar. Als regio's te groot worden is het moeilijk om alle organisaties bij elkaar te halen en kent men elkaar nauwelijks. Als regio's te klein zijn, is er sprake van versnippering en onvoldoende slagkracht. De laatste jaren is er een ontwikkeling zichtbaar, waarbij netwerken al nauwer samenwerken o.a. via Fibula. Daarnaast werken netwerken ook in consortiaverband samen om praktijk, onderwijs en onderzoek samen te brengen (de zeven consortia zijn opgezet voor het Nationaal Programma Palliatieve Zorg).
De schaalgrootte van netwerken zal ook onderdeel uitmaken van de toekomstvisie waar stichting Fibula mee aan de slag gaat. Ik wacht die analyse af.

Een kleine groep Wtzi-toegelaten hospices die geen deel uitmaken van een grotere organisatie kunnen nu ook gebruik maken van de regeling. Om hoeveel kleine en grotere organisaties gaat het hierbij? Zijn de grotere organisaties allen zelfstandige organisaties?
Voorzover mij bekend zijn er maar twee relatief kleine hospices die een wtzi toelating hebben en geen deel uitmaken van een grote organisatie waar ze op terug kunnen vallen. Hospices zijn altijd kleinere organisaties, maar maken soms wel deel uit van een grotere organisatie of zijn bijvoorbeeld integraal onderdeel van een verpleeghuis.

In de oude regeling bestonden de tarieven voor high care hospices en bijna-thuis huizen uit een exploitatie- en een huisvestingscomponent. Ter vereenvoudiging is dit onderscheid opgeheven, en is er sprake van één integraal tarief. De leden van de CDA-fractie vragen waarom er voor één integraal tarief is gekozen. Huisvestingslasten zijn toch andere lasten dan exploitatielasten?
De kostenopbouw en inkomstenbronnen per hospice verschillen. Het is voor de uitvoering van de regeling bewerkelijk en ook niet nodig om hier apart naar te vragen. Daarom heb ik er voor gekozen om de huisvestings- en exploitatiecomponent ineen te schuiven. Het integrale tarief is bedoeld

als tegemoetkoming in alle kosten om vrijwillige palliatieve zorg mogelijk te maken.

Klopt het dat exploitatie- en huisvestingslasten pas in het tweede jaar subsidiabel zijn? Zo ja, waarom? Is dit in stand gehouden?
Ja, dat klopt. De ervaring leert dat er nog steeds veel nieuwe hospices worden opgericht en het eerste jaar vaak relatief veel giften worden ontvangen. Door de vraag om eerst een jaar zelfvoorzienend te zijn, ontstaat bovendien een drempel voor minder kansrijke initiatieven en een prikkel om goed te kijken naar de benodigde capaciteit in de regio.

De Staatssecretaris geeft aan dat het verschil tussen high care hospice en bijna-thuis huizen in stand blijft, maar minder groot wordt. Kan de Staatssecretaris aangeven waarom het tarief voor de high care hospices voorlopig gesteld is op 70% van het tarief van bijna-thuis huizen?
Tot dit verschil is besloten bij het instellen van de regeling, nu ruim 10 jaar geleden. De argumentatie was dat high care hospices toen minder gebruik zouden maken van vrijwillige inzet en daar dan ook minder subsidie voor nodig zouden hebben. Omdat high care hospices inmiddels ook vaak van vrijwillige inzet gebruik maken, hebben we het verschil in de tarieven teruggebracht. Er is gekozen voor 70% op basis van cijfers uit de registratierapportage van VPTZ-Nederland, die laten zien dat in bijna-thuis huizen de laatste jaren 15% meer vrijwilligers 15% meer zorgtaken uitvoeren.

In de brief van de Staatssecretaris wordt niet gesproken over kwaliteitseisen. In hoeverre wordt in deze regeling rekening gehouden met kwaliteitseisen van high-care hospices en bijna-thuis huizen?
In de regeling wordt geen rekening gehouden met kwaliteitseisen. Via de subsidie en het investeren in de deskundigheid en kennis van vrijwilligers wordt indirect natuurlijk wel bijgedragen aan betere kwaliteit. De organisaties die zich bezighouden met hospicezorg in Nederland investeren daarnaast ook zelf in betere kwaliteit en willen beter kunnen aantonen welke zorg ze leveren. In het programma «Palliantie. Meer dan zorg» zal ook aandacht worden gegeven aan de kwaliteit van dit type zorg.

D66-fracttie

De leden van D66-fractie vinden het goed te constateren dat de voorgestelde aanpassing van de regeling na intensief contact met relevante koepelorganisaties tot stand gekomen is, en dat deze zich kunnen vinden in de regeling. Zij vragen met betrekking tot welke punten het overleg nog zal worden voortgezet.
Er is doorlopend overleg met de koepelorganisaties. Het komende jaar zal verder worden gekeken naar onder andere de onderbouwing van de tarieven (het verschil tussen high care hospices en bijna-thuis huizen), de indeling en de taken van de netwerken palliatieve zorg. Op hoofdlijnen is de regeling echter voor de komende jaren geborgd met het wijzigingsvoorstel.

De leden van de D66-fractie vragen wat de verwachting is met betrekking tot de inzet van vrijwilligers in verpleeg- en verzorgingshuizen, nu de regeling hiervoor is uitgebreid. Hoe wordt de regeling dusdanig onder de aandacht gebracht dat van deze nieuwe mogelijkheid ook daadwerkelijk gebruik gemaakt gaat worden?
Op beperkte schaal zijn VPTZ-organisaties al bezig met inzet van vrijwilligers in verpleeg- en verzorgingshuizen (maar kregen hiervoor geen subsidie). De koepelorganisaties zullen de mogelijkheid verder onder de aandacht brengen. Mijn verwachting is dat deze inzet de komende jaren

geleidelijk zal stijgen (ook gegeven de referentieperiode die in het verleden ligt).

De leden van de D66-fractie lezen dat het totale beschikbare bedrag jaarlijks met 3% wordt verhoogd, dat dit percentage is gebaseerd op de verwachte stijging van het aantal overlijdens met 1,5% per jaar, en hiermee ook het aantal «gevallen en settings» waarin vrijwilligers worden ingezet kan worden uitgebreid. Deze leden vragen wat er gedaan wordt wanneer dit niet toereikend blijkt, en of in dat geval de ruimte beperkt blijft voor de inzet van vrijwilligers op nieuwe plaatsten.
Als het aantal geholpen cliënten sneller stijgt dan de voorziene 3%, zullen in de huidige systematiek de tarieven voor alle vormen van vrijwillige palliatieve zorg iets dalen en krijgen instellingen in totaal minder subsidie. Het is niet zo dat bepaalde vormen van palliatieve zorg worden uitgesloten, omdat er onvoldoende budget is. Als de jaarlijkse verhoging te laag blijkt te zijn, dan kan ik over enkele jaren eventueel besluiten tot een tussentijdse ophoging van de regeling.

SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie constateren met voldoening dat ook inzet in andere organisaties mogelijk wordt gemaakt, namelijk ook in bijvoorbeeld instellingen voor gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Hiermee wordt gewerkt aan een verbreding van de palliatieve zorg naar andere ziektebeelden, waar de leden van de SGP-fractie al geruime tijd voor pleiten. Zij vragen echter wel of hiermee niet een verwatering zal optreden van het budget. Zou de verbreding van de inzet in andere organisaties niet gepaard moeten gaan met een evenredige verhoging van het totaalbudget?
Ik verwacht niet dat dit nodig is, omdat het gaat om inzet van geschoolde vrijwilligers in grotere organisaties die voor de professionele palliatieve zorg gebruik kunnen en moeten maken van de reguliere zorgfinanciering. De vrijwilligers zijn hierop een aanvulling. Een deel van de jaarlijkse verhoging van het budget (1,5% van de 3%) is bedoeld voor deze uitbreiding van het aantal vrijwilligers, bijvoorbeeld ook in andere instellingen. Als de jaarlijkse verhoging te laag blijkt te zijn, dan kan ik over enkele jaren eventueel besluiten tot een tussentijdse ophoging van de regeling.

De leden van de fractie van de SGP horen graag waarom de Staatssecretaris ervoor gekozen heeft het verschil in tarieven tussen high care hospices en bijna-thuis huizen weliswaar te verminderen, maar niet volledig weg te nemen. Waarom worden de tarieven niet gelijk getrokken? Waarop is het percentage van 70% gebaseerd?
Tot het verschil in tarief is besloten bij het instellen van de regeling, nu ruim 10 jaar geleden. De aangevoerde reden was dat high care hospices toen minder gebruik zouden maken van vrijwillige inzet en daar dan ook minder subsidie voor nodig zouden hebben. Omdat high care hospices ook vaak van vrijwillige inzet gebruik maken, hebben we het verschil in de tarieven teruggebracht. Er is gekozen voor 70% op basis van cijfers uit de registratierapportage van VPTZ-Nederland, die laten zien dat in bijna-thuis huizen de laatste jaren 15% meer vrijwilligers 15% meer zorgtaken uitvoeren.

De leden van de SGP-fractie vragen de Staatssecretaris inzicht te geven in het tarief per instelling vanaf 2010. Ook vragen zij de Staatssecretaris inzicht te geven in de verhoging van het bedrag van de regeling vanaf 2017, ter compensatie van de dalingen in de afgelopen jaren. Wordt hiermee de volledige daling gecompenseerd of slechts een deel?

Ter illustratie geef ik u hierbij het tarief per cliënt van de bijna-thuis huizen vanaf 2010. De andere tarieven zijn vanwege de systematiek met dezelfde percentages gestegen en gedaald.
2011: 2.885 euro
2012: 2.711 euro
2013: 2.881 euro (tussentijdse ophoging)
2014: 2.732 euro
2015: 2.643 euro
2016: 2.512 euro
2017: ongeveer 2.775 euro (verwachting o.b.v. aantal aanvragen 2016)
2018 en verder: stabiliseren rond 2.775 euro (als jaarlijkse groei geholpen cliënten inderdaad 3% is).

De daling ten opzicht van 2014 wordt hiermee gecompenseerd. Ten opzichte van andere jaren is sprake van een lichte stijging of daling (afhankelijk van welk basisjaar wordt gekozen). Vanwege de aanpassing van het tarief voor de high care hospices naar 70% zal dit tarief stijgen van 1.430 euro in 2014 naar ongeveer 1.942 euro in 2017.